

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N° 15

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Manoutchehr AMINIAN

Né le 23 août 1930 à TEHERAN (Iran)

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Présentée et soutenue publiquement le :

LIPOME DE VALVULE ILEO-CAECALE

Président : M. M. ROUX, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Manoutchehr AMINIAN

Né le 23 août 1930 à TEHERAN (Iran)

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Présentée et soutenue publiquement le :

LIPOME DE VALVULE ILEO-CAECALE

Président : M. M. ROUX, Professeur.

UNIVERSITY OF MICHIGAN

THESE

DOCTORAT ET HABILITATION

1900

Monsieur le Docteur

Il a été tenu compte de votre

travail et de votre

présentation de votre

travail de doctorat



Proffessoren van de

Universiteit van Leiden

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof: à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof: à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof: à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
	N.
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DEGOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	N.
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
	SOULIÉ (P.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BROUET (G.)
Cliniques médicales	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	GENNES (L. de)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DEROT (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DAVID (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	GARGIN (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	MERGER (R.)
	VARANGOT (J.)
	RENARD (G.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	AUBRY (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	LELONG (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	BERNARD (E.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MICHAUX (L.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	COSTE (F.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	N.
Clinique stomatologique (Pitié)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	N.
Clinique urologique (Cochin)	GIROUD (A.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
» (Prof: à titre personnel)	SÈZE (S. de)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	VERNE (J.)
Histologie	

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» (Prof ^r à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Prof ^r à titre personnel)	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BARGETON (D.)
» »	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

Anatomie.	{ CABROL (G.) COUINAUD (G.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie.	VOURC'H (G.)
Bactériologie.	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.) DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLAKOWSKI (J.), m. conf.
Biochimie médicale.	
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie.	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie.	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LÉBARD (G.)
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Histologie.	
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène.	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (M ^{me} L.)
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.) DEROBERT (L.), pr. s. ch.
Médecine légale.	{ HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail.	ALBAHARY (G.)
Neurologie.	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)

Ophthalmologie.	{	BRÉGEAT (P.)	
		SARAUX (H.)	
Orthopédie.	{	JUDET (R.)	
		RAMADIER (J.)	
Oto-rhino-Laryngologie . .	{	DEBAIN (J.)	
Parasitologie.	{	CHABAUD (A.)	
	{	BARGAT (J.)	
		BINET (J.-P.)	
		CAUCHOIX (J.)	
		CHATELIN (G.-L.)	
		DUBOST (Ch.)	
		DUBOST (Cl.)	
Pathologie chirurgicale . .		{	FAUREL (J.)
		FLABEAU (F.)	
		GERMAIN (A.)	
		LOYGUE (J.)	
	MERGADIER		
	PERROTIN (J.)		
	ROBERT (H.)		
	THOMERET (G.)		
Pathologie exotique . . .	{	SCHNEIDER (J.)	
	{	GROSNIER (J.)	
		HARTMANN (L.)	
Pathologie expérimentale .		{	LÉPÈRE (J.)
		MAURICE (J.)	
		RICHET (G.)	
		AUSSANNAIRE (M.)	
		BOUR (H.)	
		BOUVIER (J.)	
		BOUVRAIN (Y.)	
		BRICAIRE (H.)	
	BRISSAUD (H.)		
	BROCARD (H.)		
	BUGE (A.)		
	CASTAIGNE (P.), m. conf.		
	CATINAT (J.)		
Pathologie médicale. . . .	{	CONTAMIN (F.)	
	COURY (G.)		
	FREZAL (J.)		
	HOUSSET (E.)		
	LAROCHE (Cl.)		
	LESOBRE (R.)		
	MACREZ (G.)		
	NICK (J.)		
	PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch.		
	ROYER (P.)		
	WOLFROMM (R.)		

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.)	Pneumo phthisiologie . . .	KREIS (B.)
	{ MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	{ MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	{ POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	{ ROSSIER (A.)		
Pharmacologie	BOISSIER (J.)	Stomatologie	{ CERNÉA (P.)
	LECHAT (P.)		{ CHAPUT (M ^{me} A.), m.c. agr.
			{ GRELLET (M.)
Physiologie	DEJOURS (P.)	Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.)
			{ LAMOTTE (M.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.), m. conf.		
	{ pr. s. ch.	Urologie	QUENU (L.)
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . . .	{ GRASSET (J.)
			{ MAYER (M.)
			{ RAVINA (J.)
Clinique chirurgicale . . .	{ ABOULKER (P.)	Clinique ophtalmologique .	{ DESVIGNES (P.)
	{ ADELINE (A), pr. s. ch.		{ OFFRET (G.)
	{ HUGUIER (J.)		
	{ OLIVIER (G.)	Clinique oto-rhino-laryngo-	
	{ PADOVANI (P.)	logique	MADURO (R.)
	{ POILLEUX (F.)		
	{ ROUX (M.)	Clinique pédiatrique et pué-	
	{ VERNE (J.-M.)	riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ DOMART (A.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	{ PERRAULT (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	{ RAMBERT (P.)		
	{ THIEFFRY (S.)	Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

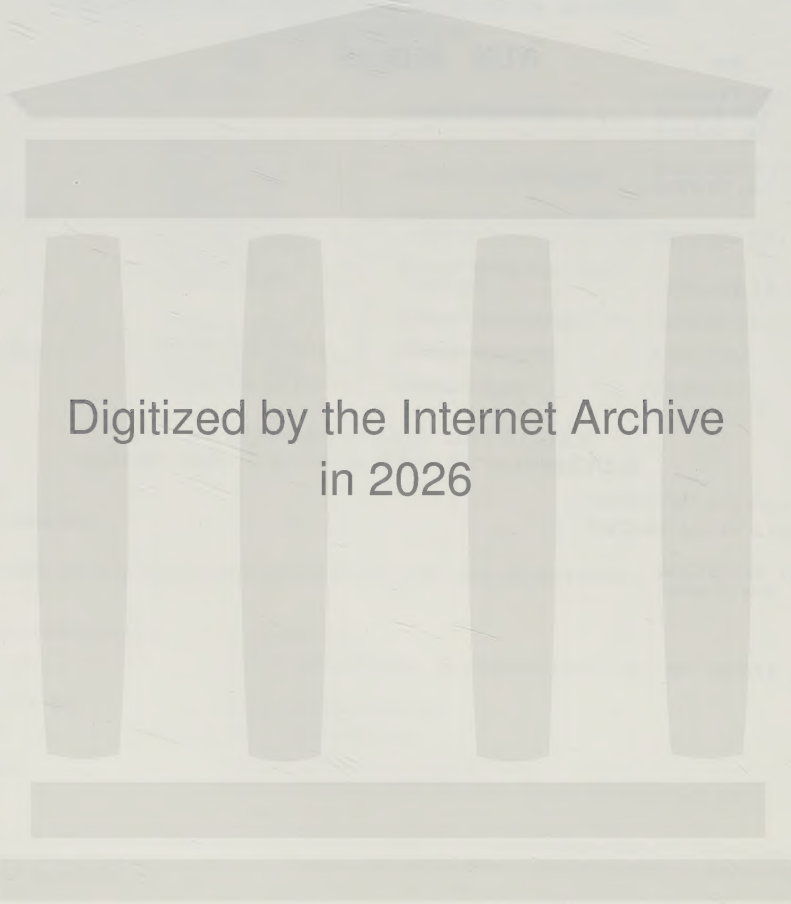
Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{me} ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	{ Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur Marcel ROUX

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux

avec notre respectueuse reconnaissance
pour l'enseignement qu'il nous a
donné et pour l'honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence de cet-
te thèse.

Au Docteur CATTAN

Médecin de l'Hôpital St Antoine
Professeur au Collège de Médecine

qui a inspiré le sujet de cette thèse.
En témoignage de profonde gratitude
et d'admiration pour l'étendue et la
richesse de son enseignement.

A Monsieur le Professeur DEBRAY

en témoignage de sympathie.

A Monsieur le Dr PAOLAGGI

qui nous a guidé dans l'élaboration
de ce mémoire.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris :

MM. M. CACHIN

R. CATTAN

P. PORCHER

J. QUENUE

M. ROUX.

I N T R O D U C T I O N

Les lipomes de la valvule iléo-caecale sont d'observation rare.

Nous avons eu l'occasion d'en observer 2 cas, dans le Service de notre Maître le Dr CATTAN, à l'Hôpital Saint-Antoine.

A propos de ces observations, il nous a semblé intéressant de faire une revue des cas déjà publiés concernant cette affection rare, et de tenter d'en préciser les signes cliniques et radiologiques et, de plus, de tenter une étude du diagnostic différentiel radiologique, qui, à notre avis, pose des problèmes difficiles.

ooOoo

Rappel des notions sur la valvule iléo-caecale

La région de valvule de Bauhin est une des parties les plus importantes du tube digestif. Pourtant, il y a eu peu de progrès sur l'étude radiologique de cette région.

Récemment, certains auteurs comme Ch. DEBRAY, J. PAOLAGGI, V. BISMUTH, R. PICHARD, P. PORCHER, BUFFARD et SAUVEGRAIN, CHERIGIE, HILLEMAND, PROUX et R. BOURDON en France et FLEISCHNER et BERNSTEIN à l'étranger, se sont intéressés à cette région et beaucoup de progrès ont été accomplis dans l'étude radiologique de cette région.

Avant d'aborder l'étude radiologique de la valvule iléo-caecale, il est intéressant de dire quelques mots sur l'anatomie et la physiologie de la valvule de Bauhin.

A N A T O M I E

L'iléon s'abouche en général à la face interne du caecum dans sa moitié postérieure, parfois il s'implante plus en arrière, sur la partie interne de la face postérieure, quelquefois enfin il se jette dans le caecum sur la partie antérieure de la face interne.

A l'ouverture du caecum la valvule se présente sous deux aspects, classiquement, c'est une fente horizontale bordée de deux lèvres fines et allongées. Les commissures de ces deux lèvres se prolongent horizontalement à droite et à gauche par les freins valvulaires; cet aspect est celui qu'on observe sur le cadavre, et peut-être correspond-t-il aux phases de repos valvulaire sur le vivant.

L'étude d'un cas de valvule iléo-caecale extériorisée à travers une caecostomie a montré que, dans ses

périodes d'activité, la valvule prend un aspect qui rappelle en moins turgescent et moins large, la saillie du mu-seau de tanche du col utérin, les lèvres apparaissent alors non pas fines, comme sur le cadavre, mais épaisses et turgescentes (PAOLAGGI).

L'orifice papillaire est étoilé ou linéaire selon l'état de relachement ou de contraction de la valvule.

Au microscope, les lèvres valvulaires sont formées par l'adossement des parois iléale et colique.

La muqueuse de type iléal sur le versant iléal de la lèvre, de type colique sur la face colique ; les fibres musculaires de l'iléon et du caecum participent à la formation de la valvule, les fibres longitudinales venant de l'iléon et du colon sont de deux sortes, certaines profondes, cheminent d'abord en dehors de la couche circulaire, puis viennent se mêler à la couche circulaire et contribuent ainsi à former le sphincter tandis que les fibres musculaires longitudinales superficielles passent en pont du grêle au gros intestin, sans rentrer dans la constitution du sphincter.

La vascularisation se fait par l'artère iléo-caecale, branche de la mésentérique supérieure ; les lymphatiques ont deux réseaux muqueux, indépendants et non communicants, pour la zone iléale et colique. L'innervation est double, intrinsèque et extrinsèque (X et sympathique). Il faut savoir surtout, que les 10 à 12 derniers centimètres de l'iléon sont dépourvus d'innervation extrinsèque.

PHYSIOLOGIE

La valvule de Bauhin est un véritable sphincter actif.

Son rôle est double :

- elle empêche le reflux du contenu du colon dans le grêle,
- elle règle l'évacuation du grêle.

Au cours du transit baryté, la baryte ne franchit le caecum qu'après remplissage complet de la dernière anse grêle ; il existe des mouvements péristaltiques qui poussent la baryte vers le caecum.

Le passage alimentaire, observé in vivo, se fait de façon discontinue, soit en jet, soit lentement.

D'après les expériences de certains auteurs, en particulier PAOLAGGI, ces passages sont sous la dépendance du système nerveux autonome (richesse des derniers centimètres de l'iléon en tissu nerveux intrinsèque, et surtout absence d'innervation extrinsèque de cette même région.

ETUDE RADIOLOGIQUE

On peut étudier la Valvule iléo-caecale, soit par transit, soit par lavement baryté.

Par transit : On donne , classiquement, 200 cm³ de bouillie barytée, en général 5 h. avant l'examen radiologique, délai habituel pour qu'il atteigne les 50 derniers centimètres du grêle, mais il faut savoir que ce délai n'est pas fixe et que le caecum est le plus souvent mal rempli ; aussi les images des lèvres valvulaires seront-elles particulièrement difficiles à identifier sur ce caecum en mauvaise réplétion ; enfin, l'étude de la région valvulaire par opacification directe grâce au tube de MILLER et ABOTT a rendu quelques services, cette méthode a surtout été utilisée en Amérique mais il faut savoir qu'elle ne donne pas toujours satisfaction et demande une installation difficilement réalisable.

Pour l'étude du grêle signalons enfin la technique de CHERIGIE qui paraît la meilleure : il donne une petite quantité de Baryte 60 à 90 g. , et prend le premier cliché 1/4 d'h. après, puis les autres clichés de 1/2 h. en 1/2 h. puis au bout d'1 h. 1/2 accélération de transit par absorption d'une tasse de lait froid ou glacé.

Plus intéressant pour l'étude de cette région est le lavement baryté grâce au reflux de produit opaque dans la dernière anse . Malheureusement, l'opacification ne se produit pas toujours et souvent on est obligé d'utiliser les modifications de comportement : l'atropine calcium (CHERIGIE), probanthine (Ch. DEBRAY et le CANUET). Mais il faut connaître que malgré ces modificateurs certaines valvules restent fermées et on doit recourir à leurs études par transit.

Enfin, l'épreuve mixte, transit + lavement, peut être intéressante lorsque l'on ne peut avoir le reflux iléal.

Enfin, dernièrement, la radiocinématographie a été utilisée pour l'étude de la région iléo-caecale par CHERIGIE.

ASPECT DE LA REGION ILEO-CAECALE

NORMALE

La région pré-valvulaire est bien connue, à cause de son aspect en bec d'oiseau quand la valvule est fermée.

Mais cette région pré-valvulaire change constamment de forme sous l'influence des contractions intestinales. Quand la valvule est ouverte, la région pré-valvulaire est large.

La valvule radiographiée de profil se traduit par une très fine opacification linéaire correspondant aux replis des lèvres accolées, alors que de face elle se présente le plus souvent comme une image étoilée. Il est souvent difficile de la mettre en évidence. Le meilleur moyen est de placer le malade en decubitus ventral et de faire une compression progressive à l'aide d'un ballon placé au niveau de la région iléo-caecale.

Sous le contrôle de la scopie, on fait rouler doucement le malade à droite et à gauche sur le ballon, et on arrive souvent à dégager complètement la dernière anse grêle du bas fond caecal et à faire apparaître nettement la valvule. Mais, comme nous l'avons dit plus haut, c'est surtout par voie basse qu'on arrive le plus souvent à mettre en évidence la valvule.

GENERALITES SUR LES LIPOMES DU TUBE DIGESTIF

Avant d'aborder l'étude des lipomes de la valvule iléo-caecale proprement dits, il nous semble préférable de dire quelques mots sur les lipomes de tractus digestifs et, plus particulièrement, les lipomes du gros intestin.

Ces tumeurs ont été décrites pour la première fois en 1757 par BAUER et, plus tard, en 1883, de CLOS y consacre sa thèse, basée sur les six observations connues en France à cette date. C'est surtout CONFORT qui, en 1931, publie 181 cas de lipomes sous muqueux du tractus digestif, dont 91 cas avec localisation colique.

Ce sont en général, des tumeurs peu fréquentes : il est donc difficile d'apprécier leur fréquence exacte puisque la plus grande partie d'entre-elles est asymptotique et qu'elles ne sont révélées que par autopsie systématique.

Ainsi, KIRSHBAUM dans une revue de 5724 autopsies révèle 9 cas de lipomes, soit 0,2%.

STANNLER, sur 17.000 nécropsies rapporte une fréquence de 0,05%.

REMIGNON, dans sa thèse consacrée au lipome colique remarque une fréquence de 0,05% à 0,6%.

Ce sont donc des tumeurs rares, et les statistiques d'autopsie des différents auteurs situent leur fréquence entre 0,05% et 0,6%.

Cliniquement, il ne faut pas oublier que la majorité des lipomes sont des lipomes silencieux, qui n'engendrent aucun symptôme pendant toute la durée de la vie.

Quelle est la fréquence de ces lipomes par rapport aux autres tumeurs bénignes du tube digestif ?
HEURTAUX, sur 50 cas de tumeurs bénignes révèle 32 myomes, 8 lipomes; 4 adénomes; 3 fibromes et 3 angiomes.

DEWIS, en 1906, sur 219 cas, signale 57% d'adénomes et 20% de lipomes.

ROSEN, entre 1940 et 1946, sur 53 tumeurs bénignes trouve seulement 3 lipomes.

SAINT, sur 44 tumeurs bénignes signale seulement 2 lipomes.

Mais tous les auteurs sont d'accord pour situer les lipomes du tube digestif au deuxième rang après les adénomes.

Enfin, signalons qu'il existe deux catégories de lipomes sous-muqueux et lipomes sous-séreux.

Les premiers présentent à eux seuls la majorité des cas de lipomes puisque les différentes statistiques

nous révèlent une fréquence aux environs de 90%. Ces lipomes sous muqueux signalent plus précocément leur présence soit en obturant la lumière intestinale, soit, plus fréquemment, par une invagination. Tandis que les lipomes sous-séreux sont libres dans la cavité péritonéale et n'entraînent des signes de compression que très tardivement.

GENERALITES SUR LE LIPOME DE LA VALVULE ILEO- CAECALE PRO PREMENT DIT

Comme nous l'avons signalé plus haut, le lipome de la valvule iléo-caecale est très rare, et il est difficile d'avoir une idée sur sa fréquence, par rapport à l'ensemble des lipomes de tractus digestif .

Pourtant, une statistique très importante de CONFORT en 1931, nous donne quelques idées sur la fréquence de cette localisation.

Cet auteur, sur 181 cas de lipomes de l'ensemble du tube digestif trouve 2 lipomes de la valvule iléo-caecale isolés et 1 lipome de la valvule iléo-caecale associé aux lipomes du caecum et du colon ascendant, ainsi qu'un lipome de la valvule iléo-caecale associé à un lipome du colon ascendant, et un cas de lipome de valvule de BAUHIN et de sigmoïde. Au total, 5 lipomes ce qui nous donne une fréquence de 3,3%.

En feuilletant la littérature mondiale nous n'avons trouvé que treize observations de valvule iléo-caecale, mises à part les observations de CONFORT où il y a peu de précisions sur les manifestations cliniques engendrées par ces lipomes.

Evidemment, nous avons trouvé des nombres importants de lipomes de la région iléo-caecale, à quelques centimètres de la valvule de BAUHIN ; cela ne nous étonne nullement, puisque le caecum est le siège de prédilection des lipomes coliques.

Cette rareté explique que le plus souvent on ne pense pas à un lipome, et le diagnostic se fait fréquemment au cours de l'intervention d'urgence, pour une occlusion.

Parfois, devant la persistance et l'aggravation des douleurs de la fosse iliaque droite, on pratique des clichés radiologiques et l'on trouve une image lacunaire, assez arrondie et régulière.

Pourtant, le diagnostic, malgré cette image radiologique est difficile sinon impossible, étant donné que d'autres processus, en particulier une Bauhinite oedémateuse, une lipomatose sinon un carcinoïde, peuvent donner exactement les mêmes images, et qu'il est difficile d'éliminer une lésion maligne de la valvule iléo-caecale. Cependant, il est nécessaire de poser le diagnostic avant toute intervention qui conduit à une simple ablation de la tumeur.

ETIOLOGIE :

Il faut bien avouer qu'actuellement nous ne savons rien sur la genèse de ces lipomes.

Pourtant, les différents auteurs ont exprimé leurs pensées de différentes manières.

EWING parle de prédispositions congénitales du tissu en rapport avec une anomalie vasculaire.

KENT et SAWYER trouvent les lipomes plus fréquents chez les sujets atteints soit d'artério-sclérose, soit de diabète.

Maurice FELDMAN trouve sur 77 lipomes du tractus digestif, 11 associations avec diabète.

Par ailleurs, dans les antécédents de ces malades, les différents auteurs n'ont retrouvé aucune irritation intestinale chronique, aucun épisode dysentérique.

Nous avons trouvé un cas associé à un diabète (cas n° 1) chez la même malade on a trouvé aussi la présence de trichocéphales.

Dans le cas n° 8 il existait des ulcérations multiples au niveau des 25 derniers centimètres de l'iléon.

Il est difficile d'apprécier le rôle d'un facteur favorisant. Soit une parasitose, soit une lésion intestinale préexistante.

Enfin, signalons que, pour certains auteurs, plusieurs facteurs entrent dans l'étiologie des lipomes, en particulier le facteur hormonal, ce qui explique leur apparition après la puberté.

AGE ET SEXE :

Sur nos 13 malades, 9 sont des femmes, soit un pourcentage de 70% pour le sexe féminin. La plus jeune malade a 32 ans et la plus âgée 70 ans . L'age moyen se situe aux environs de 50 ans.

En consultant les différentes statistiques sur les lipomes du tube digestif, nous avons trouvé à peu près les mêmes pourcentages, à savoir, la prédominance pour le sexe féminin et l'apparition de ces lipomes à l'âge moyen de la vie ; c'est ainsi que CONFORT situe pour 181 cas l'âge des malades entre 30 et 70 ans, seulement 3 de ces malades avaient en dessous de 20 ans.

Mc CORMACK, sur une série de 116 cas, situe l'âge moyen aux environs de 47,5, ce qui concorde avec l'âge moyen de nos 13 malades et ce même auteur sur

une série de 101 malades trouve 62 femmes pour 41 hommes.

Comme nous le voyons, dans à peu près 70% des cas l'âge des malades se situe entre 40 et 70 ans, c'est précisément la période au cours de laquelle le cancer est le plus fréquent chez l'homme.

On comprend donc l'inquiétude du médecin devant l'apparition des premiers symptômes de ces lipomes et les difficultés de diagnostic qu'ils soulèvent.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Les lipomes de la valvule iléo-caecale sont essentiellement du type sous-muqueux, étant donné la structure particulière de la valvule iléo-caecale. En effet, les valves ne possèdent pas de couche séreuse, expliquant ainsi l'absence des lipomes sous-séreux dans cette région.

Macroscopiquement, ce sont des tumeurs arrondies ou ovulaires, avec une surface parfois irrégulière, mamelonnée, multilobulée (observation n° 3), leur volume est variable, parfois peu développé (petite mandarine) (observation n° 1), parfois plus important. Elles peuvent être sessiles, mais le plus souvent elles sont pédiculées (observations n° 3, 4, 5 et 12), leur consistance est également variable suivant l'importance de la participation conjonctivale.

Histologiquement, ces lipomes se développent dans le tissu conjonctif lâche de la sous-muqueuse.

Ils ont une structure semblable à tout autre lipome sous muqueux du tractus digestif.

Le tissu adipeux est entouré d'une capsule qui permet une énucléation facile et qui envoie dans la pro-

fondeur des trabécules lobulant la tumeur. Ce tissu conjonctif est parfois très développé et donne à la tumeur le caractère d'un fibro-lipome (observation n° 2).

C'est dans ce tissu conjonctif que cheminent les vaisseaux nourriciers du lipome.

Au fur et à mesure de l'évolution, la tumeur augmente de volume, repoussant la muqueuse devant elle et provoquant ainsi son atrophie.

Les traumatismes répétés, provoqués par le bol fécal, favorisent l'ulcération de cette muqueuse, déjà atrophiée.

Cette ulcération siège souvent au sommet de la tumeur (observations n° 2 et 3).

Mais, le plus souvent, la muqueuse est normale.

O B S E R V A T I O N S

OBSERVATION n° 1

Il s'agit d'une femme de 69 ans qui a été hospitalisée le 31 Mai 1960 dans le service du Dr. CATTAN, pour une diarrhée chronique s'accompagnant de douleurs abdominales.

La diarrhée apparaît pour la première fois en 1927 après une fièvre typhoïde. Ce sont des périodes de 2 à 5 jours avec 4 à 5 selles par jour, liquides, jaunes, parfois foncées, ne contenant pas de sang et ne s'accompagnant pas de vomissements, mais de douleurs abdominales diffuses de type "coliques".

Puis surviennent des périodes d'accalmies de plusieurs mois de selles absolument normales.

Ce n'est que dix ans après , en 1957, que la malade va consulter pour ce symptôme, les crises diarrhéiques se seraient rapprochées, et une colite spasmodique a été diagnostiquée. Le traitement symptomatique agit en espaçant les crises mais sans les faire disparaître.

En 1959, la diarrhée devient presque permanente post-prandiale, 3 à 6 selles par jour, très abondantes, très liquides, jaunes pâles, ou parfois très foncées, s'accompagnant de douleurs abdominales très intenses qu'elles soulagent, de vomissements et nausées, de brûlures au niveau du sphincter anal, d'un amaigrissement de 5 à 6 kilos, d'asthénie, d'anxiété.

Un lavement baryté pratiqué le 27.10.59 a révélé un rétrécissement segmentaire du caecum, au niveau de la valvule de Bauhin.

La recherche de parasites dans les selles reste négative.

La malade a été traitée sans aucune amélioration.

Au début de Mai 1960, elle consulte le Dr. FRUMUSAN, qui demande de nouveau un lavement baryté, le 17.5.60, et qui montre : l'hypertrophie énorme des lèvres de la valvule de Bauhin, donnant une image de rétrécissement segmentaire. La dernière anse iléale ne se laisse pas franchir. Il est difficile d'affirmer la nature purement inflammatoire de cette lésion.

Antécédents :

- Diabète léger, découvert en 1950, équilibré par simple régime.

- Suivie en O.R.L. pour trachéite depuis un an, toux surtout nocturne, crise de dyspnée de decubitus, modification de la voix devenue de tonalité plus basse.

L'examen de l'abdomen montre :

- un abdomen légèrement ballonné,
- une sensibilité diffuse du cadre colique,
- une douleur provoquée au niveau de la fosse iliaque droite, absence d'hépatomégalie et splénomégalie, ainsi qu'absence d'adénopathie.

L'examen cardio-vasculaire montre :

- une tension artérielle légèrement basse (10-6)

L'examen neurologique est normal.

Au niveau du membre inférieur :

- existence d'une douleur provoquée lors de la pression de la masse musculaire.
- mauvais état veineux.

Enfin, le 8 Juin, la malade est constipée depuis quatre jours.

Examens complémentaires :

- la glycémie varie entre 1,06 et 1,44 g/l,
- traces de glycosurie,
- urée sanguine : 0,40 g/l.

Numération :

- rouges : 4.650.000
(Neutro. 60)
- blancs : 5.700.000 (Eosino. 2)
(Baso. 1

" Lympho. grands	3
" Lympho. petits	38
" Monocytes	6

Vitesse de sédimentation : (le 3.6.60)

- en 1 heure	9
- en 2 heures	25
- en 24 heures	100.

Le B.W. est négatif :

Electrophorèse le 31 Mai 1960.

- Albuminémie faiblement diminuée.
- Globuline $\propto$ 2 légèrement augmentée.

L'examen des selles pratiqué le 7.6.60 montre : selles moulées, dures, sans pus ni sang. Présence de nombreux oeufs de trichocéphales (3 à 5 par champs) après enrichissement. Nombreuses fibres musculaires intactes ou mal attaquées, isolées et en placards. Pas de germes.

Transit baryté le 4.6.60 : on voit une lacune au niveau du bas fond caecal. Absence d'anomalie de l'iléon terminal.

La malade a été opérée par le Dr. SOUPAULT le 17.6.60, et voici le compte-rendu opératoire :

- Bauhinite d'origine parasitaire,
- Caecotomie exploratrice, biopsie du bourrelet de Bauhinite, appendicectomie complémentaire.

Incision de Hartmann droite ouvrant le flanc et la fosse iliaque droite. Gros caecum, très mobile, avec un appendice normal, long. A première vue, aucune réaction sur la séreuse; il y a simplement de l'épiploom collé à l'angle droit, provoquant un certain degré d'accroissement en canon de fusil.

En palpant avec soin le caecum, on finit par découvrir, dans la portion qui paraît être externe de l'or-

gane, une sensation de tumeur molle, arrondie, parfaitement souple et mobile.

Caecotomie. La première chose qui frappe, c'est la présence de cinq ou six tricocéphales. On en prélève deux pour examen microscopique.

Alors apparaît nettement, sous forme d'un très gros bourrelet, une valvule de Bauhin en ectropion. Il s'agit d'une bauhinite type oedémateuse, peut-être déjà en régression. A la commissure supérieure de l'orifice, le bourrelet s'allonge sur 2 ou 3 cm, formant la saillie molle que l'on sentait à travers la paroi caecale. On fait une biopsie emportant toute l'épaisseur des tuniques.

Suture par un surjet au catgut, à la base de la biopsie.

La participation parasitaire ne paraît pas discutable.

On se demande s'il n'y a pas eu de phénomènes plus aigus au milieu de la valvule de Bauhin et même une certaine invagination iléo-caecale au moment des phénomènes aigus datant de quelques semaines.

Après avoir fermé le caecum en deux plans, catgut et liganyl, on enlève l'appendice pour qu'il ne serve pas de refuge aux parasites susceptibles de réinfecter par la suite. Technique habituelle.

En terminant, on résèque la partie droite de l'épiploon qui fixait le colon ascendant.

Tifomycine dans le ventre.

L'examen biopsique d'une lèvre de valvule de Bauhin :

Sur le fragment examiné, on trouve une plage de tissu adipeux normal tapissé par une muqueuse intestinale strictement saine, faisant poser le diagnostic de

lipome simple de la valvule de Bauhin.

Les suites opératoires sont bonnes sauf un clocher thermique à 39,2 vers le 3ème jour après l'opération, mais l'hémoculture reste négative et la température baisse vers le 5ème jour.

Le 5 Juillet 1960, la malade va bien, n'a plus qu'une selle par jour, sans douleur abdominale.

La malade quitte l'hôpital en bon état le 9.7.60.

OBSERVATION n° 2 :

Lyon Chirurgical - Observation Prof. SANTY -

Femme de 57 ans, sans aucun passé digestif. Depuis quelques mois avait maigri avec une constipation assez opiniâtre.

Le 20 mai brusquement, colique intense au niveau de la région ombilicale, puis arrêt des gaz et des matières et ballonnement progressif. A l'examen, on trouve un ballonnement très important, respectant en partie la fosse iliaque droite ; la malade se plaint surtout de l'hypochondre gauche et, en effet, à ce niveau on sent une masse sous les fausses côtes du volume du poing, très douloureuse .

A l'intervention, impossible de trouver trace du colon et du caecum à droite de l'abdomen, mais en explorant l'hypochondre on trouve une grosse tumeur comme les deux poings, qui n'est autre chose qu'un boudin d'invagination, constitué par le caecum, le colon ascendant et le transverse venus se télescoper jusqu'à l'angle gauche avec un segment de grêle assez considérable. Le grêle dilaté, en occlusion, semble se continuer directement par le boudin d'invagination. Celui-ci présente peu de signes congestifs et circulatoires.

On fait une désinvagination prudente par traction sur le grêle et expression sur le colon.

Dans le caecum revenu en place, on perçoit une masse endocaecale de volume d'une petite mandarine, paraissant implantée au voisinage de la valvule.

Le premier temps a été long et pénible et on termine par une anastomose iléo-transverse.

Quinze jours plus tard, résection iléo-caecale sans inconvénient. Examen de la pièce opératoire, macroscopiquement, la tumeur se présente sous forme d'une énorme glande implantée à la place de la lèvre inférieure de la valvule iléo-caecale.

L'aspect phalloïde étant accentué par le fait que la base de cette tumeur était revêtue de muqueuse caecale saine et que le pôle libre était congestif, très vasculaire, recouvert simplement d'une mince pellicule rouge vif.

Microscopiquement : Prof. NOEL - Il s'agit d'une tumeur bénigne paraissant être un fibro-lipome dont une partie est recouverte de muqueuse de gros intestin normale, alors qu'ailleurs cette muqueuse est ulcérée et recouverte par un tissu de granulations.

En somme, il s'agit d'une tumeur bénigne exulcérée à son pôle libre, tumeur du volume d'une petite mandarine.

Suites opératoires simples. Guérison vérifiée 9 ans plus tard.

OBSERVATION n° 3 :

Lyon Chirurgical 1934 - page 259 -
Observation R. DENIS & P. CALSON.

Mme M... 32 ans entre dans le service de M. le PR; BERNARD à la suite d'une crise de coliques intestinales accompagnées d'un état occlusif passager.

Antécédents :

- Péritonite tuberculeuse à la puberté,
- Torsion de kyste de l'ovaire, deux ans avant son hospitalisation actuelle, avec suites immédiates simples et absence de séquelles.

Au moment de son entrée, malade pâle, température 38°, pouls 100, pas de vomissements, petite selle la veille au soir.

Météorisme abdominal avec maximum dans la région sous ombilicale.

Au niveau du flanc droit et de l'hypochondre, on perçoit une impression particulière de résistance, tympanisme généralisé à la percussion; douleur à la pression au niveau du flanc droit. Pas d'ondes péristaltiques, pas de clapotages.

T.V.-Utérus en rétroversion, pas de masse para-utérine.

Devant cet ensemble, on porte le diagnostic d'occlusion intestinale par bride au niveau de l'ancien foyer opératoire en réservant toutefois la possibilité d'une bacillose intestinale ou péritonéale en raison des antécédents.

Intervention (Dr. DENIS)

A l'ouverture du péritoine, on trouve une petite quantité de liquide sero-sanguinolent, des adhérences épiploïques au niveau de l'ancienne cicatrice.

L'intestin grêle est dilaté dans son ensemble. On l'explore méthodiquement sans trouver d'obstacle.

On arrive finalement dans la région de la fosse iliaque droite où le grêle disparaît sans qu'on puisse sentir le caecum.

Sous le foie, on sent une masse qui s'allonge vers le côté gauche, c'est le colon transverse que l'on extériorise et à l'intérieur duquel on sent nettement l'invagination dont la tête est perçue à quelques distances de l'angle gauche. Par pression rétrograde, on réalise facilement la désinvagination. On voit alors le caecum complètement entouré d'une membrane inflammatoire, qui s'étend également sur le colon transverse. A l'intérieur on sent une masse boudinée, qui apparaît comme responsable de l'invagination caeco-colique qui a entraîné le caecum et le colon ascendant non fixé.

Il est difficile par la palpation de se rendre compte de la nature de la masse. Si c'est une tumeur, on a même l'impression que cette masse intracaecale est formée en réalité par une invagination iléo-caecale fixée dans un premier temps et maintenant irréductible.

Le voile inflammatoire qui entoure le caecum masque en effet complètement l'abouchement iléo-caecal qui n'apparaît pas normal, et, à l'extrémité libre de la tumeur on perçoit un relief circulaire en museau de tanche. On fait une hémicolectomie droite :

- anastomose iléo-transverse termino-latérale,
- extériorisation de la masse avec fermeture de la paroi et fixation du gros intestin sur la ligne médiane. La section du colon se fait hors du ventre et on termine en adaptant un tube de Paul.

Examen de la pièce :

Résection d'un segment colique de 25 cm à l'intérieur duquel on trouve une tumeur et non pas un début d'invagination iléo-caecale fixée.

Macroscopiquement, c'est une tumeur ovoïde, multilobulée du volume d'une grosse noix, rattachée par un large pédicule à la lèvre inférieure de la valvule de Bauhin. Elle est recouverte d'une muqueuse saine, mais le pôle libre d'aspect sphacélique, en est complètement dépourvu.

Microscopiquement, il s'agit d'une masse de tissu cellulo-adipeux, recouvert directement par la muqueuse, sans grosse réaction inflammatoire, sauf au niveau de la muqueuse elle-même.

Suites opératoires: mauvaises.

Le tube de Paul ne fonctionnant pas ; coliques, vomissements, répétés. Mort au 5ème jour.

OBSERVATION MORRIS FREDRICK n° 4 :

Mme C.K... a été admise le 20 septembre 1931 alors qu'elle souffrait de douleurs abdominales intenses.

Maladie actuelle :

La malade avait présenté des douleurs abdominales situées surtout à la région épigastrique, ces douleurs existaient trois semaines avant l'admission de la malade à l'hôpital. Dans les 24 dernières heures, ces douleurs étaient associées à des vomissements incoercibles.

Antécédents :

- Fièvre rhumatismale (R.A.A.) à l'âge de 20 ans.
- Cholecystectomie, en 1929, avec sédation partielle des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements.

A cette époque, une masse régulière, homogène

palpable, a été retrouvée, aussi bien par le palper abdominal que le toucher rectal dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen.

Quatre mois après l'intervention, la malade est retournée à l'hôpital pour une éventration de la cicatrice, laquelle a été traitée.

Examen physique :

Il s'agissait d'une malade obèse de 112 kgs, présentant un état aigu avec température à 37, 7; pouls à 115, respiration rapide et superficielle, bruits du coeur assourdis, abdomen obèse et globuleux, pendant en avant.

Une masse a été retrouvée dans la région de la cicatrice. La région épigastrique était très sensible.

Le diagnostic d'éventration étranglée a été posé et une intervention immédiate a été décidée.

Opération :

Incision de la cicatrice antérieure cutanée.

Les intestins et l'épiploon ont été retrouvés au-dessous. Ils étaient adhérents aux bords du sac péritonéal.

Les adhérences ont été libérées et la brèche péritonéale fut obturée selon les procédés habituels.

Suites opératoires :

- Pouls à 150
- Respiration 40
- Température 38

- Environ 9 heures après l'intervention, la malade devient agitée, présente des sueurs abondantes, le pouls devient imperceptible, la respiration rapide et superficielle. La température remonte à 41°, et la mort survient 19 heures après l'intervention.

Lors de l'autopsie, on trouve un gros coeur avec épaissement important de la valvule mitrale, une rate d'un poids de 360 g, un foie de 3 kg 200, avec coloration jaunâtre et, microscopiquement, on trouve une infiltration lipomateuse. Le pancréas aussi était infiltré de tissus graisseux.

Au niveau de la valvule iléo-caecale, on remarque une masse jaune souple, mesurant 5 x 4 x 3 cm, se fixant par un large pédicule à la lèvre inférieure de la valvule iléo-caecale. Cette tumeur était recouverte par une muqueuse normale et faisait saillie dans le caecum.

Microscopiquement, c'était un lipome typique, avec de rares capillaires, la muqueuse était normale, le muscularisme muqueux était légèrement atrophié, les fibres circulaires ont été rompues dans certains points, la couche longitudinale était très mince.

L'examen complet du tractus intestinal n'a pas montré d'autres anomalies.

La mort était sûrement due à un choc post-opératoire.

OBSERVATION n° 5 :

R. PACK - BOOHER

Malade de 41 ans. A été vu pour la première fois en août 1943. Son histoire a commencée 6 ans auparavant, par des douleurs post-prandiales associées aux gaz, soulagées par l'alimentation et alcalins.

La radiographie qui a été pratiquée n'a rien montré. Le malade est soumis à un traitement alcalinisant qui l'améliore.

Deux ans après, hospitalisation pour un melaena assez important nécessitant des transfusions ; nouvelle

série de rayons X qui montre toujours l'absence de lésions.

Depuis un an et demi, le malade souffre de crises abdominales douloureuses associées à : constipation, ballonnements, vomissements.

Ces crises ne durent en général que 3 à 4 jours et guérissent sans aucun traitement.

Au début, ces crises étaient espacées tous les 3 mois, mais depuis 3 mois, elles se rapprochent et les douleurs deviennent plus intenses.

Juin 1942 - Nouvelle série gastro-duodénale, qui est toujours normale. Le lavement baryté montre un mégacolon, on trouve un léger rétrécissement au niveau de la région recto-sigmoïdienne, mais la recto-sigmoïdoscopie est normale. A l'examen, légère distension abdominale, le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

T.R. : quelques hémorroïdes, mais on ne trouve pas de polype, lors de la recto-sigmoïdoscopie.

Un nouveau lavement baryté en septembre 1943 : un colon très long et très dilaté, où l'on doit injecter environ 4 l. 1/2 de bariure pour le remplir. Lors du remplissage on a remarqué quelques images arrondies, surtout au niveau du sigmoïde et de l'angle droit, qui disparaissent après remplissage complet, il y a lieu de se demander si ce ne sont pas des pseudo-polypes formés aux dépens des matières fécales, étant donné la longue histoire clinique avec antécédents douloureux et hémorragiques on a surtout pensé à l'existence de polypes du gros intestin et une laparotomie a été décidée avec diagnostic de polypose colique.

Lors de la laparotomie, on a trouvé une dilatation importante du sigmoïde, au niveau du caecum, on trouve une tumeur pédiculée prenant son origine au niveau de la valvule iléo-caecale. L'iléon était distendu avec

épaississement de ses parois. On termine par une iléo-transverostomie.

Suites opératoires : bonnes.

A l'ouverture du caecum, on trouve une masse polypoïde nodulaire rouge et congestive avec des zones de coloration jaunâtre ; en outre cette tumeur présente un pédicule long de 2,2 cm fixé au niveau de la région iléo-caecale. Cette tumeur est souple à la palpation et, à la section de la tumeur, on voit qu'elle est complètement formée par des lobules graisseux et entourée par une couche de muqueuses et une couche de musculose très mince. Par ailleurs, la muqueuse de l'iléon et du colon ascendant était absolument normale. Le diagnostic était : lipome pédiculé de la région iléo-caecale.

OBSERVATION n° 6 :

R. FONTAINE, P. FRANK, P. WARTEN

M.W... âgé de 61 ans est admis en Novembre 1946 pour un syndrome douloureux abdominal avec sub-occlusion.

Depuis 6 mois environ, le malade accuse une légère constipation.

Trois semaines avant son admission sont apparues des douleurs abdominales diffuses, à type de crampes, débutant dans la fosse iliaque droite, irradiant vers la région lombaire. Par ailleurs le malade ressent, par intermittence, une impression de masse se déplaçant dans son ventre. Une semaine avant l'admission, les douleurs sont devenues continues avec des paroxysmes. Les gaz sont rares, les selles fétides. L'appétit est nul et l'amaigrissement rapide.

Depuis 24 h. sont survenus des vomissements alimentaires et du melaena.

Rien de particulier dans les antécédents.

L'examen de l'abdomen révèle un ballonnement et une matité de la fosse iliaque droite. Pas de défense, ni d'ondes péristaltiques. T.R. normal.

Examens radiologiques :

Un premier lavement baryté est pratiqué quelques jours après l'admission. Il montre une dilatation de l'ampoule rectale et un dolichosigmoïde. Le colon transverse se remplit difficilement, le colon droit et le caecum sont irréguliers, d'aspect lacunaire. Une semaine plus tard, après un lavement baryté de contrôle on retrouve le temps d'arrêt du passage de la bouillie au niveau du transverse dont la partie droite est irrégulière.

En augmentant la pression du lavement, on finit par remplir le colon droit mais le caecum reste irrégulier avec image lacunaire.

En conclusion, invagination iléo-caeco-colique ayant progressé jusqu'à la partie moyenne du transverse, réductible partiellement par lavement baryté sous pression : cancer probable du caecum.

L'intervention chirurgicale s'impose, elle est pratiquée en deux temps.

Dans le premier temps, par laparatomie médiane sous ombilicale on découvre une tumeur caecale, invaginée dans le colon ascendant, les dernières anses iléales sont considérablement distendues. Aussi se borne-t-on à une iléo-transversostomie latéro-latérale avec exclusion iléale.

On réintervient 15 jours plus tard pour pratiquer l'hémicolectomie droite. Les suites sont simples. Le malade quitte l'Hôpital au bout de un mois.

Examen anatomo-pathologique - Prof. GERY -

Il s'agissait d'un lipome sous-muqueux du caecum de 6 cm de diamètre s'insérant sur la valvule de Bauhin. Ce lipome avait provoqué une invagination iléo-caeco-colique.

OBSERVATION N° 7 :

BERAMBAUM, SUBBARAO.

Homme de 54 ans, souffre de douleurs abdominales depuis 3 semaines, avec du sang noir dans les selles.

Les clichés radiologiques montrent une hypertrophie de la valvule iléo-caecale.

Le radiologue conclut de la façon suivante : il existe un "défect" au niveau de la région iléo-caecale provoqué sûrement par une lésion bénigne, mais néanmoins on ne peut pas éliminer l'existence d'une lésion maligne. L'exploration chirurgicale est préférable pour le malade.

Lors de la caecotomie on trouve une valvule iléo-caecale volumineuse, sans ulcération, mais on trouve également un lipome sous-muqueux de 5 cm de diamètre au niveau de la lèvre supérieure de la valvule iléo-caecale.

On trouve, par ailleurs, au-dessus de la valvule iléo-caecale, sur la paroi postérieure du caecum, un petit polype de 0,8 cm de diamètre avec un court pédicule.

OBSERVATION N° 8 :

MAYS - GRIESS

Il s'agit d'une femme de 66 ans qui consulte en Mars 1947 pour des épigastralgies.

Antécédents :

Cholecystectomie et appendicectomie en 1928. Elle souffre depuis une dizaine d'années de douleurs abdominales et d'une constipation chronique.

Par ailleurs, elle n'a jamais eu de sang dans les selles, pas de nausées ni de vomissements. Bon état général sans amaigrissement.

A l'examen de la malade, on trouve seulement une légère sensibilité de la partie supérieure de l'abdomen.

La radiographie montre un gros diverticule du duodénum ainsi que quelques diverticules coliques mais on n'a pas trouvé d'anomalie du colon et de l'iléon terminal.

Un traitement chirurgical a été conseillé pour le diverticule duodénal.

Après ablation du diverticule, un examen soigné du caecum et de l'iléon terminal montre une entérite de l'iléon terminal et une masse palpable dans le caecum.

Une hémicolectomie fut pratiquée avec ablation du caecum, du colon ascendant, l'angle hépatique, et d'une grande partie de l'iléon.

A l'examen de la pièce, au niveau des 25 derniers cm de l'iléon, on trouve des ulcérations multiples mais non spécifiques, aux différents stades de guérison.

Par ailleurs, il existe de nombreux diverticules au niveau du colon et, surtout, un lipome sous muqueux de 1,5 cms de diamètre au niveau de la valvule iléo-caecale.

OBSERVATION N° 9 :

Lipome caecal implanté sur la valvule iléo-caecale - H. MONGES - F. CARCASSONNE - M. RAMPAL.

Mme F. . 70 ans entre le 6 janvier 1959 dans le service de P.H. MONGES, pour des hémorragies anales dues à des hémorroïdes, et un syndrome douloureux mal systématisé, situé dans la fosse iliaque droite. Ces troubles existent depuis deux mois. L'examen clinique est négatif, la T.A. est à 20/12. Le contexte biologique est normal.

Un lavement baryté effectué le 24 Décembre 58 montre une image lacunaire régulièrement arrondie, située en pleine opacité caecale. Cet aspect évoquait une tumeur bénigne. L'hypertension et l'âge de la malade font préférer l'abstention. Mais sortie de l'Hôpital le 14 Janvier 1959 la malade revient le 22 Janvier, inquiétée par la répétition du syndrome douloureux.

Devant la persistance du syndrome douloureux on intervient le 26 janvier.

Par laparatomie oblique dans la fosse iliaque droite, on découvre un caecum extérieur normal ; la seule palpation révèle une tumeur mobile, molle, intra-caecale.

Caecotomie - On découvre un lipome sous-muqueux, implanté sur la valvule de Bauhin. Résection facile de celui-ci, la muqueuse est suturée. Fermeture de la caecotomie. Fermeture de la paroi.

Cette intervention simple a des suites fâcheuses : la malade présente une hémiplégie dans les suites opératoires. Elle meurt le 13 avril 1959 des suites de cette complication vasculaire.

OBSERVATION N° 10 :

A. SVEND, LYNDRAP -ODENSE

Il s'agit d'une femme de 59 ans qui consulte pour des douleurs épigastriques intermittentes depuis un an, sans nausée, ni vomissement.

Depuis plusieurs années elle souffrait de temps à autre de douleurs passagères, de siège sous ombilical mais il n'y avait plus de signes d'occlusion.

Dans l'antécédent de cette malade on n'a pas trouvé trace d'hémorragie, ni de perte de poids.

Lors de son hospitalisation, on palpe une masse, dans la fosse iliaque droite, de volume variable.

L'examen de l'abdomen sans préparation est normal, mais le lavement baryté montre un défaut de remplissage au niveau du caecum et colon ascendant. A plusieurs reprises on a remarqué une image typique d'invagination.

A la laparotomie, on a aperçu une tumeur élastique de la taille d'une petite pomme, siégeant au niveau du caecum et la partie inférieure du colon ascendant.

La masse tumorale était assez mobile, et on n'a trouvé ni ascite, ni adénopathie. Pourtant, l'aspect de la tumeur laissait quelques soupçons de sorte que l'on a préféré pratiquer une hémicolectomie droite.

Après l'ouverture de la pièce on a découvert une grosse masse présentant l'aspect d'une tumeur bénigne et ressemblant à un lipome. C'était un lipome d'origine valvulaire, mais s'étendant à l'intérieur du caecum et la partie inférieure du colon ascendant.

Microscopiquement, lipome sous muqueux de la valvule iléo-caecale, au niveau duquel la muqueuse était

enflammée, mais sans signe de nécrose.

Suites opératoires : sans incidents .

OBSERVATION N° 11 :

WESLEY FURSTE, Thomas HADDER (pages 262 à 265
"Submucosal Lipoma of iléocaecal valve").

Il s'agit d'un homme de 48 ans, admis d'urgence l'hôpital pour des douleurs abdominales intenses, sous ombilicales, associées à des nausées et à des vomissements, avec absence de selles depuis deux jours.

Antécédents :

Blessé par une balle au niveau de l'hypochondre gauche quelques années auparavant, blessure pour laquelle une exploration chirurgicale fut pratiquée.

Examen physique :

Abdomen légèrement ballonné et sensible.

Examens complémentaires :

Leucocytose à 12400, avec 4% éosinophiles.

Un lavement baryté montre un arrêt brusque à la partie moyenne du transverse, faisant penser à une invagination.

Lors de l'intervention, la désinvagination se fait facilement. A l'ouverture du caecum, on remarque un lipome pédiculé prenant son origine au niveau de la valvule iléo-caecale. Ablation du lipome et fermeture du caecum.

Macroscopiquement : c'est un lipome de 6 cm de long et de 4 cms de diamètre, dont la section montre

l'importance du tissu adipeux.

Suites opératoires :

Apparition d'une diarrhée - jusqu'à 15 selles par jour, pour laquelle il a été traité par sérum anti-biotique, hydrocortisone et transfusion.

Guérison dix jours après le traitement.

OBSERVATION N° 12 :

CATTAN & COHEN.

Il s'agit d'une femme de 66 ans envoyée par son médecin pour des crises de coliques néphrétiques.

Histoire de la maladie :

Débute le 1er Octobre 1959 par une douleur hypogastrique qui devient vite lombaire gauche. Cette douleur s'accompagne de brûlures à la miction, de dysurie, de pollakiurie, avec une température à 37,8.

Le 3 octobre, la brûlure mictionnelle persiste en même temps que la douleur de la région lombaire, mais surtout apparition d'une légère hématurie.

Antécédents :

Appendicectomie en 1913.

Ovariectomie bilatérale en 1916 pour métrorragies.

En 1942, à la suite de douleurs épigastriques, on trouve une gastrite à la radio.

En 1950, la radio de l'estomac montre une hernie diaphragmatique.

A son entrée dans le service la malade n'a pas de température, douleur lombaire, légère anorexie, pas

de troubles de transit.

A l'examen, on trouve une légère douleur de l'hypochondre droit et de la région épigastrique. Pas de gros foie, ni de grosse rate.

Fosses lombaires - douleurs de la région costo-vertébrale gauche. Le reste de l'examen est négatif.

La malade a été traitée pour sa colique néphrétique. Elle sort le 16/10/59 en bon état.

Elle revient à l'hôpital le 29/12/60 pour des douleurs épigastriques avec vomissements et un melaena. Elle se plaint de douleurs et crises douloureuses abdominales, douleurs en coup de poignard débutant au niveau de la fosse iliaque droite, irradiant à la région épigastrique et à l'hypochondre gauche où la douleur persiste à type de broiement.

A l'examen de l'abdomen, le foie et la rate sont non perçus, mais on sent dans la fosse iliaque droite une masse tendue, ferme, très douloureuse qui pourrait être un caecum.

Examens complémentaires :

- radio de l'estomac : pas de lésion duodénale, petite hernie diaphragmatique,

- radio du colon : diverticuleuse du sigmoïde. Région iléo-caecale douteuse.

- radio vésicule : rien à signaler

On refait un L.B. et un transit et l'image douteuse persiste toujours pouvant être soit une tumeur bénigne, soit une invagination iléo-caecale.

Intervention le 2/2/61 :

- Laparotomie iliaque droite exploratrice

- Caecotomie : biopsie de Bauhin

- Large incision iliaque droite, car il s'agit d'une malade très obèse.

- Il existe de nombreuses adhérences que l'on libère progressivement, qui fixent l'iléon terminal au caecum et qui agglutinent les anses entre elles. Il existe surtout une bride importante, grosse comme un fil électrique qui fixe l'iléon à environ 20 cm de la valvule à la paroi. Cette bride est peut-être responsable d'une partie des troubles sub-occlusifs car les anses peuvent s'y engager et y subir un début d'étranglement.

- Section de la bride : ligature au niveau du grêle car il existe un petit vaisseau dans la bride.

- La palpation du caecum et du colon montre l'absence de lésion tumorale, l'iléon terminal n'est absolument pas évocateur d'une maladie de Crohn, encore qu'il existe des ganglions assez nombreux dans le mésentère terminal. Ganglions ovoïdes, d'allure inflammatoire. Ils siègent uniquement sur le cadran du mésentère répondant aux derniers 25 cm d'iléon, et sont surtout nombreux du côté de la valvule.

Devant l'absence de lésions palpables et visibles, on pratique une caecotomie. Il existe une nette hypertrophie qui semble purement muqueuse au niveau de la valvule, elle est essentiellement développée sur la lèvre inférieure de la valvule qui, à ce niveau est épaisse d'au moins 4 mm et la largeur de l'hypertrophie d'environ 1 cm 1/2 (photos prises).

Il est décidé, en accord avec le Dr. CARASSO de considérer que c'est essentiellement les adhérences et la bride qui sont responsables des douleurs et que l'hypertrophie de la valvule en elle-même ne justifie pas une hémicolectomie droite, d'autant qu'il n'existe pas de rétrécissement de la valvule

- Notons encore que la valvule est un peu succulente, oedématisée et que cet oedème augmente au cours de l'exploration.

- On pratique une biopsie de la valvule qui intéresse toute la zone hypertrophiée (confiée au Laboratoire du Dr CATTAN), la valvule est ensuite reconstituée par suture au catgut.

- Fermeture de la caecotomie en deux plans.

- Avant de fermer l'abdomen, on s'assure de l'intégrité des autres zones en particulier du colon et du reste de l'intestin.

Enfin, on palpe la région oesophagienne et bien qu'à partir de la fosse iliaque droite, l'appréciation du hiatus soit difficile, il ne semble pas que celui-ci soit très anormalement élargi (il admet à peine deux doigts).

- Fermeture en deux plans. Drain. Peau agrafes.

Suites opératoires - RAS. Si ce n'est le 15.2.61 une crise de colique néphrétique droite qui est suivie d'un état fait d'asthénie et de nausée.

Revient le 21.2.61.

Présente depuis deux jours une crise de colique néphrétique droite, mais elle a ceci de particulier qu'elle ne s'accompagne pas comme habituellement chez cette malade de troubles de la miction.

Par ailleurs, localement, petite suppuration pariétale à la partie inférieure de la cicatrice.

Histologie de la biopsie de la valvule de Bauhin prélevée au cours de l'intervention :

Il s'agit d'un lipome.

OBSERVATION N° 13 :

de G.A. BOYLSTON - A.B. SHIELDS

Il s'agit d'une femme de 62 ans qui vient consulter en Février 1957 pour des douleurs abdominales.

Déjà, en 1954, elle présentait une asthénie avec des douleurs discontinues et des nausées surtout après des repas copieux.

En 1956, devant ce syndrome digestif on pratique un lavement baryté qui s'avère normal.

En Février 1957, les douleurs deviennent de plus en plus intenses, se déplaçant vers le côté droit et réveillant souvent la malade la nuit.

Les antécédents :

- hernie ombilicale opérée à l'âge de 20 ans
- hystrectomie à 50 ans.

Rayons X en 1957, montre une légère irrégularité sur le bas fond caecal.

Au cours du lavement baryté, le radiologiste remarque une calcification arrondie de 5 cms de diamètre à l'extrémité du caecum et croit à un calcul appendiculaire.

La valvule iléo-caecale semble être en position anormale.

On refait un lavement baryté et cette fois-ci on remarque une lacune siégeant au niveau du colon ascendant juste en amont de la valvule iléo-caecale.

Laparotomie le 18 février 1957. On trouve une masse de 5 cm de diamètre dans le caecum, très mobile. Résection du caecum et iléon terminal, ainsi qu'anastomose

termino-terminale.

Macroscopiquement : c'est une masse molle, lobulée, jaunâtre, encapsulée avec un long pédicule prenant insertion sur la valvule iléo- caecale.

Histologie :

- il s'agissait d'un lipome
- suite opératoires bonnes.

Quatre ans après l'opération, elle n'a pas eu de récurrences douloureuses.

SIGNES CLINIQUES

Les lipomes de la région de la valvule iléo-caecale engendrent des signes cliniques assez précocément, même en cas de tumeurs de faibles dimensions.

Parmi les signes cliniques, nous pouvons retenir;

- les douleurs,
- les modifications du transit,
- les hémorragies.

1 - Douleurs abdominales :

C'est le signe le plus constant, puisque nous l'avons trouvé dans 12 cas sur 13.

La douleur peut s'installer brusquement, faisant partie d'un syndrome occlusif (observations n° 2 et n° 3).

Mais, le plus souvent, elle s'installe lentement. De siège variable, classiquement au niveau de la fosse iliaque droite, mais en fait elle peut être épigastrique, ombilicale, même diffuse, avec irradiation lombaire - (observation n° 6)

C'est une douleur irrégulière, sans aucune périodicité, sans rapport avec l'horaire des repas, non calmée en général par l'alimentation et les alcalins, associée parfois à des vomissements ; mais il peut exister des douleurs post-prandiales soulagées par les repas et les alcalins, évoquant un syndrome ulcéreux (observation n° 5).

2 - Troubles du transit :

Ce sont des troubles coliques, banaux. Le plus souvent, constipation (cas n° 5, 6, 8), parfois diarrhée (observation n° 1) évoluant généralement par poussées successives entrecoupées de périodes d'accalmies de quelques semaines, voire quelques mois.

3 - Hémorragies :

Elles sont de sang rouge le plus souvent, noirâtres parfois, en général peu abondantes. Elles peuvent être retrouvées seulement par examen systématique des selles. Mais il est possible qu'elles soient abondantes entraînant des signes d'anémie, et nécessitant des transfusions (observation n° 5).

Nous avons trouvé ce symptôme dans 4 de nos observations (Observations n° 5, 6, 7 et 12) ce qui nous donne une fréquence de 30%.

MICHAUX, dans sa thèse consacrée aux lipomes du colon révèle l'existence d'hémorragies dans 32 % des cas.

C'est fréquemment lors de l'apparition d'une hémorragie que le malade, inquiet, consulte le médecin pour la première fois.

Enfin, l'amaigrissement peut constituer le quatrième symptôme de ce tableau clinique. Beaucoup plus inconstant que les autres symptômes puisque MICHAUX ne le trouve que dans 16 % des cas et que nous ne l'avons trouvé que dans deux cas seulement (observations n° 1 et 6). Il est dû à une restriction alimentaire par crainte des douleurs, ou, dans d'autres cas, par accélération du transit (observation n° 1).

En tout cas, il est peu important, n'atteignant jamais la gravité de celui que l'on voit dans les cancers, et l'état général reste dans l'ensemble satisfaisant.

Il faut enfin remarquer que la fonte graisseuse n'entraîne aucune diminution de la masse tumorale.

Examen physique :

Si la clinique est riche en symptômes, l'examen physique reste le plus souvent négatif.

Fréquemment, on trouve un abdomen ballonné, avec une légère sensibilité de la fosse iliaque droite.

Mais le signe majeur, qui est la palpation de la masse tumorale est généralement absent. Nous avons noté un cas (observation n° 4) où la tumeur était palpable cliniquement et il semblait que ce lipome était latent cliniquement. Il a été vérifié lors de l'autopsie de la malade, décédée d'un choc opératoire à la suite d'une intervention pour une éviscération.

Si on a la chance de palper la tumeur elle est habituellement indolore, ferme, de contours réguliers et mobiles.

Donc, nous remarquons que la masse n'est trouvée que très rarement ; pourtant MICHAUX la signale dans 53% des cas. A quoi tient cette divergence de vue ?

Nous ne pouvons expliquer ce fait que de la façon suivante : les tumeurs de la région iléo-caecale, même de faibles dimensions, engendrent des signes cliniques assez notables, aboutissant à un diagnostic souvent précoce, alors qu'aux examens répétés et minutieux on n'a pu sentir cette masse encore trop peu importante pour être palpable. Tandis que les lipomes du colon ne présentent de signes cliniques qu'après avoir acquis un volume important, de telle façon qu'ils sont souvent palpables cliniquement quand le malade consulte pour la première fois.

Examen complémentaire :

La radio est l'élément essentiel pour le diagnostic. Nous n'insistons pas sur la technique radiologique qui doit être impeccable.

Disons simplement que si la radio peut nous renseigner sur l'existence d'une lésion de la région iléo-caecale, elle ne peut malheureusement en aucun cas poser le diagnostic du lipome avec certitude.

Comme nous le verrons plus loin, d'autres lésions peuvent provoquer des signes radiologiques très semblables aux lipomes.

Mais, en pratique, l'aspect radiologique d'un lipome valvulaire se traduit par une image lacunaire, arrondie, ou ovale, de dimension variable, assez régulière, siégeant au niveau du caecum, même parfois au niveau du colon ascendant (observation n° 10)

Signalons enfin que la radio peut rester entièrement muette, même aux examens répétés.

Examen du sang :

Montre une anémie dans le cas où il a existé une hémorragie importante.

E V O L U T I O N

L'évolution de ces tumeurs bénignes est imprévisible, caractérisée souvent par l'alternance de crises douloureuses suivies de périodes d'accalmie, qui peuvent durer quelques semaines, quelques mois et même parfois plusieurs années.

Ces crises douloureuses surviennent irrégulièrement, elles sont de durée variable, quelques minutes à quelques jours, elles disparaissent complètement sans laisser aucun fond douloureux.

Ces crises peuvent se rapprocher au fur et à mesure de l'évolution (observation n° 1).

La durée de cette évolution est variable, allant de plusieurs semaines (observations n° 3 et 7) à plusieurs années (observations n° 1, 5 et 8).

Mc CORMACK remarque une durée moyenne de 41,5 mois pour les lipomes du colon.

Dans la thèse de MICHAUX, nous avons trouvé la statistique suivante sur la durée de l'évolution des lipomes du colon :

- Inférieure à 1 mois	21 cas
- un mois à un an	62
- un mois à dix ans	41
- plus de dix ans	7
- non précisé	50

Mais cette évolution est surtout dominée par l'apparition d'une complication : l'invagination.

Enfin, plusieurs auteurs ont signalé l'élimination spontanée des lipomes coliques, par nécrose secondaire.

C O M P L I C A T I O N S

L'invagination constitue la complication la plus fréquente. Nous l'avons trouvée chez 5 malades (observations n° 2, 3, 6, 10 et 11). Donc, dans 5 cas, elle était le premier symptôme entraînant l'intervention.

Etudiant les différentes statistiques sur l'invagination provoquée par les lipomes coliques, nous avons trouvé des chiffres variant entre 30 à 60%.

C'est ainsi que :

SCHOTTENFELD, sur une série de 275 lipomes du tractus digestif note 36 % d'invaginations.

BEROCQ, sur une série de 72 lipomes coliques signale une invagination dans 47 cas.

POSTON, sur 213 cas note 93 invaginations soit 44%.

DELANNOY apporte une invagination due à un lipome sous muqueux sur cinq cas.

MECANISME DE L'INVAGINATION

La tumeur entraîne la paroi intestinale sous l'action combinée du péristaltisme intestinal d'une part et du passage des matières d'autre part. Cette tumeur se situe toujours à la tête d'invagination qu'elle soit pédiculée ou qu'elle occupe la valvule toute entière, c'est le plus souvent une invagination iléo-caeco-colique et l'on sent fréquemment la tête de l'invagination formée par la tumeur valvulaire à distance du caecum, milieu du transverse (observations n° 6 et 11) parfois l'angle gauche (observations n° 2 et 3).

CLINIQUE DE L'INVAGINATION

Avant d'aborder les signes cliniques, nous jugeons utile de faire quelques remarques sur l'aspect particulier de l'invagination de l'adulte.

En effet, à l'inverse de l'enfant, où l'invagination est souvent primitive, et évoluant sous forme d'une affection aiguë, celle de l'adulte est la plupart du temps secondaire et évolue, elle, de façon chronique.

Ainsi, DONHAUSER, parmi 665 cas d'invagination révèle 213 tumeurs bénignes contre 123 tumeurs malignes.

Un autre élément important à évoquer est l'existence de formes récidivantes sur lesquelles Ed. QUENUE a attiré l'attention.

En effet, tant qu'il n'y aura pas d'adhérences péritonéales entre le boudin et la gaine et plus particulièrement au niveau du collet, la désinvagination soit spontanée, soit après un lavement baryté est possible.

Signes cliniques :

Comme nous l'avons déjà signalé, les crises douloureuses paroxystiques très violentes, séparées par des phases plus ou moins courtes d'accalmie totale se voient exceptionnellement chez l'adulte.

La douleur constitue le symptôme majeur. Elle revêt le type de coliques plus ou moins violentes avec des paroxysmes et des accalmies d'une durée variable, quelques instants à quelques jours. Pour BIRKENFELD, elle existe dans 80% des cas.

Les troubles du transit sont la règle, mais d'intensité variable : diarrhée banale ou accompagnée de glaires sanguinolents, élément important de diagnostic, alternance de diarrhée et de constipation, difficulté d'émettre des gaz, avec ballonnement intermittent de l'abdomen, état nauséux avec vomissements. Tout se termine par une crise plus ou moins nette de subocclusion (observation n° 6) ou d'occlusion (observation n° 2).

L'hémorragie est un signe infidèle chez l'adulte et le grand enfant. Ainsi, FEVRE signale ce signe dans 23% des cas, BROCCQ, dans 20% et nous ne l'avons trouvé dans aucun cas de notre série de lipomes de la valvule.

La constatation d'une tumeur abdominale, surtout du siège, et de consistance différente au cours des examens répétés est un signe de première valeur.

Cette tumeur "fantôme" est caractéristique d'une invagination intestinale pouvant siéger au niveau de l'hypochondre droit, région sous ombilicale, mais aussi à distance, l'hypochondre gauche (Observation n° 2).

BIRKENFELD la trouve dans 67%, d'autres auteurs la signalent dans la moitié des cas seulement. Notre statistique personnelle est plus modeste puisque nous avons trouvé un seul cas sur quatre invaginations où une tumeur était palpable. En tout cas, le diagnostic sera vérifié par la radio.

Radio :

Sans préparation, on peut constater des images hydro-aériques avec niveaux liquides plus ou moins importants suivant le degré d'occlusion.

L'examen après le repas baryté est à déconseiller. Il risque en effet d'accumuler au-dessus de l'obstacle une quantité importante du liquide baryté, ce qui pourrait aggraver les accidents et retarder l'acte opératoire.

Néanmoins, certains auteurs ont obtenu quelques résultats grâce au tube de MILLER-ABBOTT.

Mais l'examen fondamental est le simple lavement baryté qui est intéressant à la fois sur le plan diagnostique et thérapeutique. Il montre le plus souvent des images typiques d'invagination de profil, images en cupule, en pince de homard, ou en trident, quand la baryte

pénètre dans l'orifice central du boudin. Images en co-carde correspondant à une vue de face de l'invagination.

Dans certains cas, on peut voir des images moins spécifiques, de véritables images lacunaires plus ou moins floues, plus ou moins marécageuses, évoquant un cancer.

Enfin, signalons que dans le cas de tumeur valvulaire une modification est à apporter à ce tableau. La ligne d'arrêt de la colonne barytée n'est plus régulière mais le défilé central dans le boudin peut exister (LAVERGNE).

Nous serons très bref sur les autres complications :

- 1 - les hémorragies,
- 2 - les occlusions simples,
- 3 - la transformation maligne.

1 - Les hémorragies :

Nous avons déjà signalé leur existence ; en général, elles sont peu abondantes, non récidivantes, mais, parfois, par leur abondance, elles peuvent entraîner une anémie importante, nécessitant la transfusion.

2 - Occlusion simple :

Ces lipomes sont souvent attachés à une lèvre de la valvule iléo-caecale par un pédicule , de telle façon qu'ils sont libres dans la cavité caecale, pouvant de façon intermittente obturer plus ou moins l'ouverture de la valvule iléo-caecale.

Parfois, la tumeur occupe toute la valvule et diminue sa lumière au fur et à mesure de son évolution, aidée par l'élément inflammatoire.

- 3 - Quant à la transformation maligne, elle est exceptionnelle, soupçonnée par une atteinte de l'état général.

LE DIAGNOSTIC DU LIPOME VALVULAIRE

Le diagnostic des lipomes du colon est très difficile et presque impossible.

La difficulté augmente encore en cas de lipomes de la région valvulaire étant donné que l'hypertrophie de la valvule iléo-caecale peut être due à diverses causes, non seulement tumorales, bénignes ou malignes, mais aussi inflammatoires ou même congénitales.

De telle façon que le diagnostic préopératoire est souvent erroné, et ne sera justifié que lors de la laparotomie et même quelquefois après l'examen histologique.

C'est ainsi qu'au Berth Israël Hospital, sur dix cas de lipomes du colon, les diagnostics préopératoires étaient les suivants :

- cancers	7 cas
- polypes	2 cas
- occlusion aiguë ..	1 cas

Chez nos 13 malades, porteurs de lipomes de la valvule iléo-caecale, en aucun cas le diagnostic exact n'a été posé avant l'acte opératoire.

Dans 7 cas on est intervenu sans diagnostic ferme.

Dans un cas on a pensé à un cancer du caecum devant l'irrégularité de l'image radiologique (observation n° 6).

Une fois, on est intervenu sur l'existence d'antécédents hémorragiques et douloureux et on a soupçonné une polypose colique (observation n° 5).

Dans l'observation de DENIS et COLSON, on a évoqué le diagnostic d'occlusion soit par bride, soit par bacilliose intestinale ou péritonéale, en raison des antécédents bacillaires.

Dans 3 cas seulement, le diagnostic de tumeur bénigne a été évoqué. Et, même dans ces 3 cas, les auteurs n'ont pu éliminer avec certitude une lésion maligne.

Nous ne nous arrêterons pas sur les différents problèmes soulevés par la clinique.

L'existence des douleurs peut simuler une appendicite, une cholecystite lithiasique ou non, mais les antécédents tels que colique hépatique, subictère, douleur avec irradiation scapulaire, et les signes radiologiques, peuvent orienter le diagnostic.

Quand il existe une tumeur palpable, on peut évoquer différentes affections : un cancer, une tuberculose iléo-caecale dans sa forme hypertrophique, un abcès appendiculaire.

En faveur du cancer, on invoquera l'atteinte marquée de l'état général.

Pour la tuberculose, des antécédents bacillaires et des signes dits d'imprégnation tuberculeuse. En cas d'abcès appendiculaire, l'existence de signes généraux importants avec leucocytose et polynucléose et d'une zone douloureuse à la palpation.

Mais en fait, le diagnostic ne se discute vraiment que lors de la lecture des clichés radiologiques.

Plusieurs difficultés se présentent :

Tout d'abord, les tumeurs du caecum peuvent donner des images lacunaires siégeant dans la région iléo-caecale et souvent il est impossible de préciser le siège exact de la lésion, en l'absence du reflux iléal.

Dans ce cas, il faudra refaire des clichés après des modifications du comportement, ou par voie haute.

En second lieu, toutes les grosses valvules ne sont pas pathologiques (FLEISCHNER et HINKEL) et l'on ne doit intervenir qu'en fonction des symptômes cliniques ou en cas de doute sur une lésion maligne.

Une fois ces causes d'erreurs éliminées on sera en présence de deux grandes catégories de lésions : affections tumorales et non tumorales.

Il semble que la fréquence de ces deux types d'affections soit à peu près la même.

Nous décrirons tout d'abord les affections non tumorales :

Dans ce groupe, nous trouvons des affections très différentes du point de vue étiologie, mais elles ont un caractère commun qui est une image radiologique d'hypertrophie valvulaire assez régulière.

L'affection la plus fréquente est constituée par une lipomatose valvulaire.

LEHMAN en trouve 19 observations dans la littérature mondiale.

Cliniquement, le diagnostic est impossible, pourtant LEHMAN signale une tendance hémorragique particulière -10 fois sur 17) que l'on ne trouve pas dans les lipomes simples.

Mais le diagnostic ne sera véritablement tranché que lors de la caecotomie, et surtout l'examen histologique qui montre une infiltration massive, totale, diffuse de la sous muqueuse par des tissus adipeux, sans moindre lobulation et surtout sans trace d'encapsulation. C'est ce qui, histologiquement, différencie la lipomatose du lipome.

La bauhinite oedémateuse décrite pour la première fois par Ch. DEBRAY, PERGOLA, RUBENS-DUVAL, J. ROGE et J. AUVILLAIN, est une affection rare, caractérisée cliniquement par une diarrhée constante, au long cours, sans température, avec une atteinte de l'état général plus ou moins marquée.

Le diagnostic peut être soupçonné sur l'existence d'une diarrhée au long cours, avec absence de toute hémorragie et phénomènes occlusifs.

Le diagnostic ne sera établi avec certitude que lors de l'intervention, soit devant l'inefficacité du traitement, soit surtout devant l'atteinte de l'état général, signes qui font penser à une lésion maligne.

Signalons que ces phénomènes oedémateux peuvent être secondaires aux multiples affections (amibiase, appendicite ...) . Ainsi, nous avons trouvé une bauhinite qui était peut-être secondaire à un lipome de la valvule iléo-caecale (observation n° 1).

Enfin, on a signalé les modifications de l'image valvulaire par une tuberculose iléo-caecale ; le diagnostic se fera sur les signes cliniques associés et antécédents bacillaires.

En fait, pour établir le diagnostic exact on doit se baser non seulement sur les signes radiologiques mais aussi sur les signes cliniques, biologiques et évolutifs, et souvent le véritable diagnostic se fera lors de l'intervention.

Les affections tumorales constituent le second groupe. Ce sont, par ordre décroissant : les carcinoïdes, les cancers, les tumeurs bénignes.

Les carcinoïdes. Ils sont dominés par une diarrhée et des signes occlusifs, mais l'hémorragie est très rare.

Parfois, l'association d'une image radiologique avec un syndrome THORSON-BIORECK orientent d'emblée vers un carcinoïde confirmé par le dosage de sérotonine et de la 5 H.T. urinaire.

Quant à l'image radiologique, elle n'est pas de grand secours, puisque le plus souvent ce sont des images régulières et faisant penser à une lésion bénigne.

Ainsi, dans l'observation de GALLART-MONES-VILAR-BONET, l'auteur écrit : "Il est à souligner dans le cas décrit, la régularité de la tumeur et sa croissance qui ont été tout à fait symétriques autour de la valvule iléo-caecale".

Les cancers de la valvule iléo-caecale - De fréquence moindre que les carcinoïdes, se traduisent souvent par des signes occlusifs, hémorragie occulte, atteinte de l'état général, et, radiologiquement, par une lacune irrégulière, mal limitée, mais l'image peut-être parfaitement arrondie, régulière, comme le cas rapporté par LASSER et RIGLER, qui s'était traduit sur le lavement baryté par une très petite lacune régulière au niveau de la valvule.

Les cas où le malade a été opéré pour une lipomatose valvulaire et où, lors de l'opération, on s'est trouvé en présence d'une tumeur maligne ne sont pas rares.

Devant les autres tumeurs bénignes (myomes et fibromyomes, adénomes, entéro-kystomes) le diagnostic par la clinique ou la radiologie est impossible et, bien souvent, c'est l'histologie qui nous précise le type exact de la tumeur.

Mais, en fait, devant une image radiologique d'une grosse valvule, le problème est le suivant : s'agit-il d'une affection médicale ou d'une affection chirurgicale ?

Laissons de côté un cancer, un carcinoïde, une lipomatose ou toute autre tumeur bénigne, pour lesquelles en tous cas, l'intervention sera nécessaire.

Insistons sur les affections non chirurgicales, en particulier l'oedème valvulaire. C'est dans ces circonstances que le médecin est mis devant un problème angoissant, et également en ces situations que l'analyse détaillée des clichés pris en série peut apporter quelques arguments en faveur d'une affection non chirurgicale, à savoir :

- localisation limitée à la valvule,
- variation d'aspect après modifications de comportement ou après quelque temps d'évolution.

Citons un dernier diagnostic : le prolapsus de la muqueuse iléale, parfois réductible au cours d'un lavement.

Le diagnostic doit être fait sur l'ensemble des signes cliniques, biologiques et évolutifs.

Pourtant, dans certains cas, malgré tous ces arguments, il ne pourra être posé que seulement au cours de l'intervention.

T R A I T E M E N T

Le traitement dépend du stade évolutif de la tumeur.

En cas de lipome simple, non compliqué, le traitement de choix est l'ablation pure et simple du lipome après ouverture du caecum, surtout en cas de lipome de faible dimension, et pédiculé.

Mais parfois, on est obligé de recourir à une hémicolectomie droite, soit que l'ablation de la tumeur s'avère impossible, soit que l'aspect de la tumeur laisse quelques doutes sur la bénignité de sa nature (observation n° 10).

La majorité des chirurgiens a tendance à faire une hémicolectomie droite étant donné la nette amélioration de la technique chirurgicale et la faible mortalité d'une hémicolectomie.

Ainsi, nous remarquons que cette opération a été pratiquée dans 7 cas chez nos malades.

Chez notre première malade, le chirurgien a pratiqué une appendicectomie en laissant la tumeur en place Pourtant, nous avons eu l'occasion de revoir cette malade. Elle se porte très bien, douleurs et diarrhée ont disparus. Sur les clichés radiologiques on voit toujours une image lacunaire, mais on remarque aussi une nette amélioration de la dernière anse qui n'est plus rigide, fixe comme dans les examens précédents.

Traitement de l'invagination :

Il faut d'abord explorer la lésion et s'efforcer de reconnaître la présence de la tumeur.

Dans tous les cas, on doit s'efforcer de désinvaginer, et la désinvagination se fait surtout par expression et non par traction.

Parfois, la désinvagination se fait facilement et on peut, surtout en cas de tumeur pédiculée, en l'absence de tout signe de malignité, pratiquer la simple ablation.

Mais, parfois, devant l'impossibilité de désinvagination, par adhérence ou en cas de lésions intestinales, on pratique une hémicolectomie droite soit en un temps si l'état général du malade le permet, soit en deux temps.

CONCLUSION GENERALE

Les lipomes de la valvule iléo-caecale sont très rares. Nous n'avons trouvé que 13 observations.

Cliniquement, ils se présentent comme une affection digestive banale où la douleur domine les autres signes de la maladie : constipation et, plus rarement, la diarrhée.

Les hémorragies sont relativement rares et sont souvent uniques et peu abondantes.

La tumeur palpable est peu fréquente. Elle est en général régulière, mobile, indolore.

L'examen radiologique montre souvent l'existence d'une lacune arrondie ou ovale, bien limitée régulière au niveau du caecum, mais le plus souvent c'est lors de l'opération ou l'examen histologique que le diagnostic du lipome valvulaire peut être établi.

La durée de l'évolution est variable allant de quelques semaines à plusieurs années et elle est dominée par une complication majeure : l'invagination.

Le diagnostic est souvent difficile et toutes les affections de la région iléo-caecale, tumorales, non tumorales, peuvent être discutées. Le traitement est différent allant de la simple énucléation de la tumeur à une hémicolectomie droite.

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté :

M. Pr. M. ROUX

M. Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris


J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- SL. BERANDAUM - SUBBARAO Kakarlü -
The hypertrophied ileo-cecal valve -
American Journal digestive diseases - n° 22 -
1955 - pages 307-314.
- BERGERET - MERGET - CHAMPEAU -
Invagination de l'adulte par tumeur du tube diges-
tif -
Archives maladies de l'appareil digestif.
n° 34 - 1945 - pages 14-19.
- RR. BIGELOW - Aj. ANLYAN -
Submucous lipomas of the colon -
Archives of surgery
n° 59 - Juillet 1949 - pages 114-129.
- R. BOURDON -
Valvule iléo-caecale -
Encyclopédie Médico-Chirurgicale
(radio-diagnostic) 33.330 A
- GA. BOYLSTON - SUIELDS A.B.
Lipohyperplasia and lipoma of the ileo-caecale
valve report of the four cases - PORTLAND
CLINIC BULLETIN
14-1-14 Juin 1961.
- DC. BROWNE - G. Mc HARDY -
Submucosal colon lipomas
Clinics - 3 - Octobre 1944 - pages 622-629.

E. CHERIEIE - P. HILLEMANT - Ch. PROUX -
 R. BOURDON -
 L'intestin grêle normal et pathologique.
 Expansion Scientifique Française - 1957

MW. COMFORT -

Submucous lipomata of the gastro intestinal tractus
 Surgery gynecology and obstetric.
 n° 52 - 1931 - pages 101-117.

Ch. DEBRAY - J. PAOLAGGI - R. PICHARD - V. BISMUTH
 Etude radiologique de la valvule iléo-caecale
 normale -
 Semaine des Hôpitaux -
 n° 8 - 18 décembre 1958 - pages 3081-3096.

DELANNOY - TOISONG - J. THOMAS -
 A propos de 4 cas de lipomes du colon
 LYON CHIRURGICAL
 56 - 500 - 8 Juillet 60

Ch. DEBRAY - F. PERGOLA - A. RUBENS - DUVAL -
 J. ROGE - J. AUVILLAIN -
 Les bauhinites oedémateuses -
 Archives Maladies de l'appareil digestif
 n° 42 - 1933 - pages 163-173.

E. DELANNOY - Invagination intestinale de l'adulte
 La revue du Praticien - Tome IX -
 n° 4 - 1er février 1959 -

E. DELANNOY - Invagination iléo-colique latente par
 lipome sous muqueux du colon ascendant.
 Archives Maladies de l'appareil digestif -
 n° 34 - 1945 - pages 329-331.

R. DENIS - P. COLSON -
 Invagination iléo-caecale par tumeur bénigne
 de la valvule de Bauhin -
 Lyon Chirurgical -
 n° 31 - 1934 - pages 254-257

III

J. DUBARRY - A. MARZET -

Invagination colo-colique de l'adulte par lipome
sous-muqueux

Archives Maladies de l'appareil digestif -
n° 42 - 1953 - pages 1157-1158.

H. DUBOIS - ROQUEBERT - GORSSE -

A propos de deux observations du lipome du
colon

Semaine des Hôpitaux
n° 28 - pages 3811-3814 - 1952

M. EDWARDS - H. ZANGARA -

Lipomatous hypertrophy of the ileo-caecal valve.

American Journal of surgery

n° 82 - Novembre 1951 - pages 533-537.

R. FONTAINE - P. FRANK - P. WARTEN -

Les lipomes du caecum avec invagination iléo-
caeco-colique -

Lyon-chirurgical

n° 54 - 1958 - pages 841-847

GOLDEN - ROSS -

Enlargement of the ileocecal valve -

American Journal of Roentgenology -

n° 50 - 1943 - pages 19-23

GRIESS F. - CW. MAYO -

Submucous lipoma of the colon -

Surgery Gynecology and obstetric -

n° 88 - 1949 - pages 309-316.

J.A. HINKEL -

Roengenological examination and evaluation of
the ileocecal valve -

American Journal of Roentgenology -

n° 68 - 1952 - pages 171-182.

JUILLARD - Invagination intestinale -

Thèse Paris 1950 - Maloine

IV

LEHMANN - Thèse Paris 1958

LEHMANN - Concours Médical

82 - 4789 - 22 Octobre 60

82 - 4913 - 20 - 29

LOVEL - The rôle of the ileo-cecal valve in large Bowel
obstruction - A preliminary report radiology
75 - 391 - 8 sept. 60.

Mc CORMACK -

Submucous lipoma of colon and rectum -
American journal of Surgery
1937 - pages 205 - 218

VW. TOWNE - B. CASTELMAN -

Redundant lipomata ileocecal valve -
New England Journal of medecin
n° 248 - 1953 - page 382 - 385.

H. MONGES - F. CARCASSONNE - M. RAMPAL -

Lipome caecal implanté sur la valvule iléo-
caecale -
Archives des Maladies du tube digestif -
n° 5 - mai 1960 - page 366 -

MORRIS - FREDERICK - WIENNER MD.

Bénignes tumors of the ileo-cecal region.
American Journal of Surgery
n° 40 - 1938 - pages 538-544.

G. MICHAUX -

Lipome du colon
Thèse Paris 1957

GT. PACK - RJ. BOCHER -

Intessuscepting submucous lipoma of right colon
Surgical clinics of north america
n° 27 - 1947 - page 360-372

J. PAOLAGGI - Le sphincter ileo-caecal -

Thèse Paris 1954

J. RACHET - A. BUSSON - Ch. DEBRAY -

Les tumeurs de l'intestin grêle -
Maladies de l'intestin et du péritoine -
pages 285 - 296 - Flammarion 1954 -

REMINGNON - Contribution à l'étude des lipomes sous
muqueux du gros intestin.

Thèse Lyon n° 167 - 1952-53

LG. RIGLER - EC. LASSER -

Ileocecal valve syndrom -
Gastera - enterology -
28 - 1955 - pages 1-16

P. SANTY -

Tumeurs bénignes de la valvule iléo-caecale
Lyon-chirurgical 1925 - pages 887-889.

DB. SEABROOK - R. STEVENS - V. SCHOLL -

Lipomatosis of the ileocecal région -
Américan Journal of surgery
n° 92 - 1956 - pages 214-221.

G. SEILLE - A. BUSSON - J. POULAIN -

Carcinoïde de la valvule iléo-caecale -
Archives Maladies du tube digestif -
n° 33 - 1944 - pages 53-56

P. SUIRE - A. BRICO -

A propos de 4 cas de lipome colique
Presse Médicale.
68 - 2187 - 17 déc. 60

SVEND LYNDROP - ODENSE -

Submucosa lipom of colon originating ileocecal
valve -
Nordick medecin
n° 52 - Septembre 1954 - pages 1226-1228

WESLEY FURSTE - Th. HADDER -

Submucosal lipoma of the ileocecal valve causing
intussusception and obstruction - Diseases of
the colon and rectum - 1 (4)juillet-aout 58 -p.262-265



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Telephone : ODÉon 58-90